**【患者の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会参加申込書】**

**（鹿児島医療センター　松崎　勉　宛**）

代表者の所属施設名；

住所；

　　TEL；　　　　　　　　　　　　　　FAX；

　　E-mail；

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名（所属施設が異なる際の施設名） | 職種 | 職種経験年数 | 当該医療ケアの経験年数 |
| 代表者 |  |  |  |  |
| ２ | （　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |
| ３ | （　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |
| ４ | （　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |

**FAX；099-226-9246　で　12月10日**までにお申し込みください。

* 申込み多数の際は、当方で受講者を決定し、受講の可否につきましてご連絡申し上げます。